49e Année — N° 7. Vendredi 14 Février 1896.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Laryngologie : 1° Tuberculoses associées du Larynx. 2° Ictus laryngé, par le Dr A. Castex, 97. — **Toxicologie** : Sur deux cas d'intoxication par l'acide borique, par le Dr Gaston Branthomme, 99. — **Bibliographie** : Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, par le Profr P. Brouardel, 100. — **Académie de médecine** : *Séance du 11 février* 1896. — Présidence de M. Hervieux, 101. — La tuberculose hospitalière, 101. — Elections, 101. — Innervation des vaisseaux pulmonaires, 101. — Prophylaxie du paludisme, 101. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 7 février* 1899. — Présidence de M. Hayem, 101 — La diphtérie à l'hôpital Trousseau, 101. — Le sérum antidiphtérique, 101. — Appendicite expérimentale, 102. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 8 février*. — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 103. — Election, 103. — Le sternum, 103. — **Société médicale du Louvre** : *Séance du 16 octobre* 1895. — Présidence de M. Kuhff, 103. — *Séance du 19 novembre* 1895. — Présidence de MM. Kuhff et Richard, 103. — *Séance du 17 décembre* 1895. — Présidence de M. Richard, 103. — **Société de Chirurgie** : *Séance du 12 février* 1896 — Présidence de MM. Théoph. Anger et Ch. Monod, 103. — Cystotomie sus-pubienne, 103. — Ostéome du maxillaire inférieur, 104. — Ostéomyélite chronique du tibia. — Evidement total du tibia, 105. — **Memento pratique**, 105. — Instabilité des solutions d'iodures alcalins, par le Dr Carles, 105. — **Variétés**, 105. — **Nouvelles**, 112.

LARYNGOLOGIE

1° Tuberculoses associées du Larynx. 2° Ictus laryngé

Par A. Castex

I. *Tuberculoses associées du larynx.*

La tuberculose se montre au larynx sous des modalités assez diverses. Il en est une qui mérite notamment l'attention, parce qu'elle offre des difficultés spéciales en diagnostic et des indications particulières en thérapeutique.

J'ai en vue les formes où la tuberculose fait alliance offensive avec quelque autre processus morbide. Ce sont des *hybrides*.

C'est ainsi que nous voyons la tuberculose s'associer au larynx avec la syphilis, le laryngo-typhus, les tumeurs malignes, les névropathies.

Parmi les diverses associations morbides, l'hybride pyshilo-tuberculeux l'emporte de beaucoup en fréquence. Il arrive mainte fois qu'un malade atteint de syphilis laryngée présente, quelques années après, tous les caractères du larynx bacillaire. S'il a été vu à ces deux stades distincts par deux médecins différents, il y aura presque toujours divergence sur le diagnostic, l'un tenant pour *syphilis* et l'autre pour *tuberculose*. La vérité en ce cas est dans la combinaison des deux opinions, car il s'agit de laryngopathies syphilitiques qui se tuberculisent sur le tard. Qu'on soumette à l'examen laryngoscopique tous les *enroués* d'un service de syphilitiques et l'on constatera chez la plup art des lésions caractéristiques de la tuberculose qui est venue compliquer et aggraver une laryngo-syphilis antécédente. Là même est un des dangers de la syphilis du larynx. Des recherches de Dubief (1) ont montré que sur les ulcérations de ces hybrides les bacilles tuberculeux se trouvent presque exclusivement à la surface.

Les microbes s'implantent donc et vivent sur la lésion préalablement syphilitique. — Plus rares sont les exemples de la succession inverse où la syphilis vient compliquer une tuberculose. Cette espèce d'hybride n'a pas en tout cas l'intérêt de la première, la coïncidence étant alors fortuite.

Les associations syphilo-tuberculeuses ont fait déjà l'objet de divers travaux que nous mentionnons au passage (2).

La tuberculose s'allie encore au nervosisme. J'ai rencontré trois fois cette combinaison depuis un an. En voici l'exemple le plus récent :

Une jeune fille de dix-huit ans, sans profession, se présente à ma clinique le 25 octobre 1895. Elle est atteinte d'une dysphonie très marquée, mais l'aphonie n'est pas complète.

Cependant l'examen laryngoscopique ne révèle guère de lésions. A peine existe-t-il un peu d'épaississement de la muqueuse interaryténoïdienne ; les cordes sont normales et viennent bien au contact dans la phonation.

Comment expliquer, avec des altérations si peu prononcées, une telle dysphonie ?

(1) Contribution à l'étude des lésions combinées de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx, par Luc. (Arch. de laryngologie, n° 1, 1890).

(2) Schnitzler (Wiener Mediz. Presse 1886 et Intern. Klin. Rundschau 1887). — Cardone (Arch. ital. di Laring. 1886. p. 154). — Grünwald (Münch med. Woch. 1887).

Or, l'examen général montre que cette jeune fille est tuberculeuse.

Le sommet gauche présente les signes de la première période ; il y a eu pleurésie de ce côté en 1894. La malade est, en outre, manifestement névropathe (crises de nerfs épileptiformes, somnambulisme, etc., etc.).

Ces constatations faites, j'ai pensé que la combinaison de deux états morbides pouvait expliquer ce que l'existence d'un seul ne suffisait pas à faire.

La tuberculose encore latente a rencontré ce terrain névropathique, et les deux états morbides additionnant leur action ont produit un effet pathologique dépassant en proportion les lésions constatées au miroir. Tel un traumatisme ajoutant son action au nervosisme produit des manifestations hystéro-traumatiques. Quelques-uns de ces cas de tuberculose laryngée, remarquables par la longue durée des troubles vocaux avant l'apparition des lésions anatomo-pathologiques (*dysphonies prémonitoires*) pourraient trouver leur explication dans les combinaisons pathologiques.

La conclusion est qu'il importe de chercher les associations tuberculeuses au larynx pour pouvoir diriger le traitement contre les deux éléments de l'affection. C'est d'après ces idées qu'il a été institué chez cette jeune fille. (Médication générale antituberculeuse, pulvérisations chaudes, électrisations laryngées par les courants induits). La guérison tarde à venir, d'autant sans doute qu'il y a cumul morbide, que cette jeune fille est deux fois malade.

II. *Ictus laryngé.* — Les cas d'*ictus* ou *vertige* laryngé sont assez rares. Depuis que Charcot en a le premier signalé l'existence, en 1876, 60 observations à peine ont été publiées.

Ce complexus pathologique est essentiellement caractérisé par une sensation inopinée de prurit au larynx, une toux spasmodique, une congestion du visage, un ictus apoplectiforme suivi du retour à l'état normal.

Le développement de cette définition se trouve dans l'observation suivante de mon malade :

Homme de 41 ans, menuisier, venu à ma clinique le 7 novembre 1895. Aucun antécédent morbide personnel. Il est fils unique. Son père est mort de pneumonie et sa mère est internée dans une maison d'aliénés. Son premier accès de vertige laryngé remonte à 1891 ; il les éprouve surtout à l'entrée de l'hiver, quand il s'enrhume.

C'est principalement après ses repas qu'il est pris de quintes de toux, sa vue se trouble, il se sent comme *bousculé*, dit-il, mais l'accès se termine aussitôt. C'est là ce qu'on pourrait appeler le petit accès ou l'accès incomplet, le *vertige* proprement dit. Il se reproduit vingt fois par an environ. Mais depuis 1893, il a eu, par trois fois, un grand accès, l'*ictus* proprement dit. Toujours après un repas, la quinte de toux se produit, il perd connaissance, tombe ; on le porte sur son lit et il s'éveille couvert de sueurs profuses. Il y a lieu, ce me semble, d'établir une distinction entre les deux degrès de l'affection ; le grand accès (ictus) et le petit accès (vertige). L'examen du malade n'a révélé qu'un peu de pharyngite granuleuse. Il tousse vivement si on touche ses pharynx ou larynx avec une sonde laryngienne. On constate un commencement d'emphysème pulmonaire.

A quelle affection avons-nous exactement affaire ? Est-ce une crise laryngée tabétique, comme les a si bien décrites Cherchewsky ? Mais cet homme n'a aucun symptôme de tabes. Il ne saurait être question, étant connu l'examen laryngoscopique, de l'ictus des laryngopathiques graves (tumeurs malignes, etc.), signalé par Botey en 1889 (1). Etais-je en présence d'un épileptique à aura laryngé ? Cette hypothèse est plus acceptable, encore qu'il n'y ait dans l'observation de cet homme aucun caractère indiscutablement épileptique. J'ai donc conclu à vertige ou ictus laryngé. Le malade a pris, pendant un mois, du bromure de potassium sans résultat. L'antipyrine, utilisée ensuite, a fait bien meilleur effet.

L'ictus laryngé nous est surtout connu par les travaux de Charcot (2), Krishaber (3), Massei (4), Ruault (5), Casadetas (de Barcelone) (6), Garel (7). Il vient de faire le sujet d'une thèse présentée à la Faculté de Paris (Dr Bedos. De l'ictus laryngé essentiel, 1895).

Garel consigne, dans son important travail, 23 observations personnelles, et il émet l'opinion qu'on rencontrerait bien plus souvent l'affection, si on avait soin d'interroger dans ce sens tous les tousseurs. C'est presque toujours chez les hommes que l'ictus laryngé s'observe. Sur 23 cas Garel compte 21 hommes, comme sur 21 cas, Armstrong (8) en avait trouvé 20. La plupart des observations publiées mettent en relief la fréquente coïncidence des affections diverses des voies respiratoires, et l'apparition habituelle des crises après les repas.

On a proposé sept pathogénies plus ou moins différentes : Charcot tenait le vertige laryngé pour analogue en tout au vertige de Ménière, à cette différence près que le nerf laryngé supérieur était le point de départ, au lieu du nerf acoustique. Garel pense aussi que l'excitation part du nerf laryngé supérieur, mais

(1) Botey. *Revue de laryngologie*, 1889, et *Archivos internacionales de laring.*, Barcelone, 1891.

(2) Charcot. *Société de biologie*, 1876.

(3) Krishaber. *Annal. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1882, p. 12.

(4) Massei. *Giornale intern. delle Scienze mediche*, 1884.

(5) Ruault. *Traité de médecine*. Charcot-Bouchard, T. IV.

(6) Casadesas. *Revista de laringol.*, Barcelone, avril 1891.

(7) Garel et Collet. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, déc. 1894.

(8) Armstrong. *Med. News*, 8 juin 1889, p. 624.

qu'elie se réfléchit sur le cœur, d'où trouble de la circulation cérébrale et vertige consécutif. La plupart des auteurs se rallient à l'idée d'une action inhibitoire sur le bulbe, provoquée par le pneumogastrique.

Le traitement de la maladie doit être local et général. Comme moyens locaux: la section d'une fuette procidente (Adler lui a dû un cas de guérison), l'extirpation de myxomes nasaux (Garel), le traitement direct de la bronchite, le badigeonnage du pharynx, au moment où l'accès apparait, avec une solution de cocaïne ou de gaïacol.

Comme moyens généraux, tous les calmants: bromures, belladone, morphine, antipyrine. Celle-ci a bien réussi, comme dans mon cas, pour un malade dont Merklen (1) a récemment communiqué l'observation à la Société médicale des hôpitaux de Paris.

TOXICOLOGIE

Sur deux cas d'intoxication par l'acide borique,

par le Dr Gaston BRANTHOMME
de Noailles (Oise)

L'habitude qu'on a généralement, dans le corps médical, de regarder l'acide borique comme un agent presque inoffensif, nous engage à publier les deux observations suivantes qui démontrent bien qu'il n'en saurait être toujours ainsi.

Il s'agit dans le premier cas d'une femme de 55 ans, névropathe, atteinte d'un énorme anthrax de la région dorsale; il date d'une quinzaine de jours et depuis ce temps la malade n'a ni appétit, ni repos.

Fièvre modérée, les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Incision cruciale sous l'anesthésie, le soir 2 grammes de chloral; à partir de ce moment, le sommeil commence à revenir. Trois jours après l'incision nous avons l'idée de traiter la plaie par des cataplasmes formés d'un mélange à partie égales d'acide borique pulvérisé et de farine de lin. Nous avons vu, en effet, notre maître Daniel Mollière traiter par l'acide borique pur certains anthrax de la face chez des diabétiques qu'il ne voulait pas opérer.

Nous ajoutions au traitement de la patiente deux grammes d'acide borique par la bouche en 24 heures. Aucune autre médication sauf le chloral qui était continué à la dose de 2 grammes tous les soirs.

Le régime alimentaire consistait en lait et bouillon.

Nous étions très satisfait du résultat quand le quatrième jour de ce traitement nous trouvons la malade très agitée. Elle n'avait pu trouver le sommeil, avait eu une crise de nerfs et se plaignait d'éprouver sur toute la surface de la peau, une cuisson générale. Elle présentait au niveau de la face de vastes placards très rouges papuleux, ressemblant à de l'érysipèle, toute la face et le cuir chevelu étaient tuméfiés, le tronc et les membres étaient le siége de plaques rouges presque confluentes répandues uniformément sur tout le corps, sans prédominance du côté de la flexion, ni de l'extension, mais qui diminuaient un peu vers les extrémités.

La soif était vive, la température était de 38°8. Ne sachant pas au juste à quoi attribuer cette intoxication, nous supprimons tout traitement. Pansement de la plaie avec compresses imbibées d'eau bouillie; trois jours après tout était rentré dans son état normal. La plaie continuait à être belle, et 20 jours après l'incision, la malade était tout à fait guérie.

Pour savoir si l'éruption n'était pas due au chloral, le lendemain de la disparition de l'exanthème, nous donnons 3 grammes de ce médicament tous les soirs pendant 10 jours de suite sans observer aucune récidive.

Le second cas a trait à un homme de 65 ans, arthritique, sujet aux bronchites, qui, le 20 juillet, est atteint de ramollissement cérébral. Nous le retrouvons le 18 août, porteur d'un anthrax occupant toute la largeur de la nuque. Les urines n'ont ni sucre, ni albumine. Les douleurs sont modérément violentes. Incision cruciale le 19 août. Deux jours après, pas de traitement interne, le traitement externe consiste à saupoudrer très abondamment la plaie suppurante d'acide borique non pulvérisé. Nous surveillons notre malade, nous promettant de nous arrêter à la première alerte.

Le lendemain, la plaie est belle, bien détergée. Encouragé, nous continuons. Le jour suivant, petite poussée d'eczéma; l'état général est bon, 3e pansement à l'acide borique. Le lendemain, poussée d'eczéma généralisé, mais par petites plaques très peu suintantes, laissant entre elles de larges espaces de peau saine. Perte d'appétit, légère somnolence ; j'arrête le traitement et ne me sers plus que d'eau bouillie ; régime lacté.

Le 24, la somnolence augmente, perte complète de l'appétit.

Le 25, un vomissement bilieux, rien de particulier du côté des voies digestives, sauf un état suburral très prononcé, sueurs profuses, la plaie de l'anthrax continue à s'améliorer.

Le 26, la poussée d'eczéma s'éteint, la somnolence est devenue de la prostration.

Le malade répond aux questions avec peine, et en bredouillant beaucoup.

Il a trois vomissements bilieux, prend très peu de lait, il a un état légèrement diarrhéique que nous respectons. Pendant ces trois jours, la température a varié de 37,2 à 37,3.

Le 28, mort. Pas plus dans ce cas que dans l'autre,

(1) *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 18 oct. 1895.

nous n'avons pu examiner les urines au moment de l'intoxication, ce que nous regrettons infiniment. Ainsi dans un organisme très affaibli, il y a eu véritablement intoxication par l'acide borique. Elle a été caractérisée par une poussée d'eczéma (chez un individu qui en était déjà porteur), par la prostration, un état saburral prononcé, les vomissements bilieux, les sueurs profuses.

A côté de cet état général qui s'agravait, mettons en parallèle l'état local qui s'améliorait très rapidement.

Aujourd'hui, notre conviction est bien faite, l'acide borique à haute dose, en poudre ou en solution, dans le traitement des vastes plaies, s'absorbe facilement, passe dans la circulation et détermine des accidents tels que nous les avons relatés, accidents qu'on trouve décrits dans certains traités de thérapeutique, mais non dans tous.

BIBLIOGRAPHIE

Les asphyxies par les gaz, les vapeurs et les anesthésiques, par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, (J.-B. Baillière et fils, édit., p. 1895).

Le nouvel ouvrage de M. le professeur Brouardel sur les intoxications par les gaz et les vapeurs est divisé en deux parties : dans la première sont comprises les leçons proprement dites ; la seconde est réservée à l'exposé des faits à propos desquels son intervention ou celle de ses collaborateurs a été demandée et comprend une série d'observations et d'expertises médicales se rapportant aux leçons.

Et d'abord, qu'est-ce que l'asphyxie ? En médecine légale l'asphyxie est constituée, au sens le plus général, par la cessation de la fonction respiratoire ; aussi M. le professeur Brouardel en propose-t-il la définition suivante :

« Pour que la respiration fonctionne de façon à entretenir la vie, il faut que les globules de sang sains puissent se mettre, dans les alvéoles pulmonaires, en rapport avec l'air normal pénétrant librement jusqu'à ces alvéoles. Trois conditions sont nécessaires : il faut que l'air contienne en quantité suffisante les gaz nécessaires à la respiration, que les globules soient sains et arrivent aux alvéoles, que l'air circule librement dans les voies respiratoires et pénètre jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Un trouble de l'un de ces facteurs peut suffire à déterminer l'asphyxie.

C'est dire que les causes d'asphyxie sont nombreuses. Dans ces leçons M. le Prof[r] Brouardel étudie l'aphyxie par l'oxyde de carbone, l'asphyxie par l'hydrogène sulfuré, l'asphyxie par l'hydrogène arsénié, l'acide cyanhydrique, les vapeurs nitreuses, le chlore, l'asphyxie par l'acide carbonique, et l'asphyxie par les agents anesthésiques : chloroforme, éther, proxyde d'azote.

Dans cette étude, le Professeur de médecine légale de Paris a cherché « à répondre aux préoccupations des experts, des hygiénistes et des médecins ». Il a surtout « mis en relief le côté médico-légal des questions », mais il a dû indiquer les dangers que fait courir à la santé publique le déversement incessant des gaz et des vapeurs toxiques dans l'atmosphère des grandes villes et dans certains milieux spéciaux.

« Il en est notamment ainsi pour l'oxyde de carbone. Ce gaz, éminemment dangereux, est produit en quantité considérable par différents procédés de chauffage, d'éclairage, dans certaines industries. Les foyers sont si multiples et si abondants que, d'après les enquêtes suivies depuis dix ans, on doit le considérer comme un des facteurs les plus importants de l'anémie des habitants des villes. Les symptômes, les caractères anatomiques de l'intoxication par cet agent sont nets. Un médecin ne peut plus les ignorer. »

Le chapitre consacré à l'asphyxie par l'oxyde de carbone emprunte un intérêt tout particulier à l'étude détaillée de l'incendie de l'Opéra-Comique, où nombre de victimes ont succombé à l'intoxication oxy-carbonée.

C'est l'hydrogène sulfuré qui provoque les accidents connus sous le nom de plomb chez les vidangeurs; c'est encore à lui qu'il faut attribuer l'intoxication par les gaz des égouts. L'acide carbonique est cause de la mort dans l'air confiné chez les puisatiers, etc.; les autres asphyxies par les gaz et les vapeurs sont surtout des accidents de laboratoire et d'usine.

Quant à la mort par les anesthésiques, elle engage surtout la responsabilité médicale; aussi l'expert, dont la mission est ici particulièrement délicate, ne saurait-il répondre avec trop de prudence aux questions qui lui sont posées : il doit être (n'est-ce pas toujours son rôle?) d'une impartialité absolue; il ne doit pas voir partout des coupables, mais il ne doit pas laisser croire aux magistrats qu'il cherche à couvrir un confrère.

Nous ne saurions faire une analyse complète de cet ouvrage du Prof[r] Brouardel. Disons seulement, avec notre ami le D[r] Mosny, que « cette nouvelle publication, venant après celle de ses leçons sur la mort et la mort subite, n'est ni moins intéressante, ni moins documentée », et faisons avec lui des vœux pour que ces deux ouvrages ne soient que « le début d'une série d'études médico-légales qui permettront, à ceux qui ne peuvent entendre la parole du maître, de profiter de son savant enseignement. »

D[r] Eug. Deschamps

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 février 1896. — Présidence de M. HERVIEUX

LA CORRESPONDANCE comprend : 1° une lettre de M. le le Dr Blanquinque (de Laon), qui se porte candidat au titre de correspondant national (médecine) ; 2° une lettre de M. le Dr Bitzos, de Constantinople, qui adresse à l'Académie un pli cacheté.

La tuberculose hospitalière. — M. JACCOUD. Je désire compléter sur ce point ma dernière communication. Dans mon exposé d'il y a quinze jours, je me suis borné à signaler le fait, mais aujourd'hui je pense qu'il peut être utile d'entrer dans les détails. A la suite de preuves purement expérimentales, on a admis très généralement l'origine intrinsèque de la tuberculose et le synchronisme de la pénétration du bacille tuberculeux et de ses effets.

M. Jaccoud fait l'historique des recherches faites sur le développement de la tuberculose par divers auteurs allemands et par Loomis, de New-York. Des inoculations, faites par divers auteurs, de ganglions non tuberculeux, pris à des individus reconnus non tuberculeux à l'autopsie, sur des animaux, ont provoqué la tuberculose dans une proportion considérable. D'autre part, dans une épidémie de rougeole observée à Munich en 1888, des enfants très bien portants avant leur rougeole, non scrofuleux, ayant succombé à la maladie, Bollinger a trouvé à l'autopsie, dans les ganglions de la racine du poumon et du médiastin, de nombreux bacilles tuberculeux. Si ces enfants n'avaient pas succombé à la rougeole et si la tuberculose s'était développée chez eux une quinzaine d'années plus tard, après un séjour à l'hôpital, on n'aurait pas manqué d'affirmer la tuberculose d'origine hospitalière.

Ce qui résulte de toutes ces recherches et de toutes ces expériences, c'est que l'origine hospitalière de la phtisie pulmonaire ne peut jamais être affirmée ; c'est assez dire qu'elle ne doit jamais être affirmée.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux associés nationaux.

Pour la première place, 70 votants, majorité 36, M. Renaut (de Lyon) est élu par 42 suffrages contre 16 donnés à M. Lépine, 11 à M. Grasset et 1 bulletin blanc

Pour la seconde élection, sur 66 votants, majorité 34, M. Lépine (de Lyon) est élu par 46 suffrages contre 8 donnés à M. Grasset. Douze bulletins se sont égaré.

Innervation des vaisseaux pulmonaires. — M. FRANÇOIS FRANCK lit un travail sur ce sujet.

Prophylaxie du paludisme. — M. LABORDE continue sa communication qu'il doit terminer dans la prochaine séance et dont nous donnerons alors le résumé.

A 4 heures 45 la séance est levée.

— La commission chargée de présenter les candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Larrey, s'est réunie mardi avant la séance et a admis la liste suivante : en 1re ligne M. Pozzi ; en 2e ligne, M. Delorme ; en 3e ligne M. Richelot ; en 4e ligne M. Peyrot ; en 5e ligne M. Bouilly ; en 6e ligne M. Quénu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 février 1896. — Présidence de M. HAYEM.

La diphtérie à l'hôpital Trousseau. — M. VARIOT rapporte la statistique des enfants soignés à l'hôpital Trousseau pour la diphtérie pendant l'année 1895.

Sur 1414 enfants traités, la *mortalité s'est élevée à* 14,05 *pour* 100. M. Variot pense que la plupart des accidents qu'on peut imputer au sérum ne sont guère imputables qu'au sérum altéré ; ce qui explique que les accidents post-sérothérapiques paraissent plus fréquents et plus graves en ville qu'à l'hôpital.

A l'hôpital, les provisions de sérum sont vite épuisées et renouvelées ; en ville, au contraire, on prend le sérum chez un pharmacien qui peut l'avoir depuis longtemps dans son officine.

Actuellement les enfants admis au pavillon de la diphtérie paraissent en plus grand nombre que par le passé ; ce qui tient à ce que, *cliniquement*, beaucoup des angines que la bactériologie affirme être diphtéritiques ne le paraissent pas et étaient auparavant non classées parmi les diphtériques.

Le sérum antidiphtérique. — M. HUTINEL. Je considère le sérum de Roux comme un remède merveilleux et je l'emploie toutes les fois que je me trouve en présence d'une diphtérie de quelque gravité. Je serais tenté, cependant, d'ajouter aux conclusions de M. Sevestre les deux propositions suivantes :

Quand une angine diphtéroïde, d'apparence bénigne, se développe chez un enfant porteur de grosses amygdales chroniquement enflammées, et de végétations adénoïdes, il ne faut pas trop se hâter d'injecter le sérum de Roux, à moins que l'examen ne révèle la présence de bacilles de Löffler longs et nombreux ou que les fosses membranes ne s'étendent.

D'autre part, dans les cas de scarlatine, où on découvre des bacilles de Löffler dans la gorge, il est prudent de s'assurer, avant de faire une injection de sérum, si les bacilles sont nombreux et longs et si la diphtérie est nettement caractérisée.

Depuis longtemps déjà je pense que les plus graves des accidents consécutifs aux injections de sérum de Roux ne doivent être imputés exclusivement ni au sérum lui-même, ni surtout à l'antitoxine qu'il contient, mais bien, vraisemblablement, à des infections secondaires. Ces infections ressemblent beaucoup à des streptococcies. Cependant, la présence des streptocoques, même virulents, dans la gorge d'un enfant, n'est pas une raison suffisante pour que l'on rende ce microorganisme responsable des accidents qui ont pu suivre l'injection de sérum. D'autre part, dans des cas de streptococcie indiscutable, j'ai tant de fois cherché, sans les trouver, les streptocoques dans le sang, que je me défie un peu des observations dans lesquelles on dit avoir rencontré ces microbes dans le sang dès l'apparition d'un érythème.

Je m'étais demandé si les inflammations chroniques de la gorge, antérieures à l'invasion de la diphtérie, n'étaient pas pour quelque chose dans la genèse des accidents post-sérothérapiques. J'avais remarqué que les manifestations

les plus sérieuses s'étaient produites chez des enfants porteurs de grosses amygdales, chroniquement enflammées, et de végétations adénoïdes dans les anfractuosités et les cryptes desquelles des germes virulents avaient pu se développer et foisonner.

Un cas de mort, tout récent, observé sur une fillette de douze ans, atteinte de diphtérie avec association streptococcique, est encore venu me confirmer dans cette opinion de la gravité plus grande de la diphtérie quand la gorge est, antérieurement, chroniquement enflammée. Et je pourrais citer plusieurs observations qui plaident dans le même sens.

Chez la fillette dont je viens de parler, j'avais eu recours au sérum. Elle présenta, consécutivement, de l'albuminurie, de l'anurie et, finalement, succomba.

M. Chantemesse. Personne, même parmi les promoteurs de la sérumthérapie antidiphtérique, n'a contesté les accidents, presque toujours sans gravité, que l'on peut observer après les injections, mais l'albuminurie ne rentre pas dans le cadre de ces accidents imputables au sérum. Ce dernier, loin d'offenser le rein, le protégerait bien plutôt. L'albuminurie, quand elle existe, est presque toujours imputable soit à l'infection diphtérique elle-même, soit à une infection streptococcique.

M. Edgar Hirtz. Je m'associe aux réserves formulées par M. Hutinel, ce qui ne m'empêche pas de considérer le sérum antidiphtérique comme un remède merveilleux.

M. Chantemesse vient de nous dire que lorsqu'il y a albuminurie chez un malade traité par le sérum, cette complication ne doit pas être mise au compte du sérum — qui protégerait, au contraire, le rein — mais au compte de la diphtérie elle-même ou d'une infection streptococcique. Je soumets à la Société les deux faits suivants, que je viens d'observer :

Le premier concerne un enfant de quatre ans, atteint de diphtérie pure, compliquée bientôt de laryngite croupale pour laquelle on fit le tubage, qu'avait précédé une injection de sérum. Or, les urines qui, examinées chaque jour avant cette injection, ne contenaient pas trace d'albumine, en montrèrent quelques heures après, et pendant trois jours.

Dans le second cas, concernant la sœur de ce petit malade, la diphtérie me parut si bénigne, pendant huit jours, que je jugeai inutile de recourir au sérum. Les fausses membranes ayant un peu augmenté vers le huitième jour, je fis une injection de 10 cc. Or, les urines qui n'avaient jamais contenu d'albumine, qui n'en contenaient pas trente minutes avant l'injection, en avaient des traces cinq heures après. Cette albuminurie très légère dura douze jours.

M. Le Gendre a observé récemment un cas analogue.

M. Chantemesse. Dans le premier cas de M. Hirtz, l'enfant a pu être infecté par le tubage. Et puis, on ne nous dit pas s'il avait, ou non, une élévation de la température, quand survint cette albuminurie légère et passagère.

Dans le second cas de M. Hirtz, il est bien probable qu'il s'agit d'une simple coïncidence et nullement d'une relation de cause à effet. Si 10 cc. de sérum étaient susceptibles de donner naissance à de l'albuminurie, on devrait trouver bien souvent cette complication. Or, on connaît, et par centaines, des faits minutieusement observés dans lesquels on n'a jamais trouvé trace d'albumine après une ou plusieurs injections.

Je demanderai à M. Variot, qui a une grande expérience dans la question, et sa réponse sera le meilleur argument critique des observations contre l'interprétation desquelles je m'élève ici, je lui demanderai s'il a observé que l'albuminurie soit un accident dû au sérum.

M. Variot. Nullement ; j'ai seulement constaté une diminution à peu près constante de la quantité des urines pendant quarante-huit heures.

Appendicite expérimentale. — M. Dieulafoy. Je demande à la Société la permission de formuler brièvement les conclusions de treize leçons que j'ai faites en novembre et en décembre 1895 sur cette importante question de l'appendicite.

Ces conclusions, les voici :

1° L'appendicite est toujours le résultat de la transformation du canal appendiculaire en une *cavité close*.

2° Cette transformation peut se produire sur un point quelconque du canal appendiculaire.

3° Le plus souvent, elle est due à la formation lente et progressive d'un calcul appendiculaire. Il s'agit là, non pas d'un calcul venu du cœcum, ainsi qu'on l'avait admis à tort, mais d'une véritable lithiase appendiculaire, légitimement comparable aux lithiases biliaire et rénale et que je propose de faire rentrer dans le patrimoine de la goutte et de l'arthritisme.

4° Dans d'autres circonstances, la transformation du canal appendiculaire en cavité close est la conséquence d'une infection locale, tout à fait comparable à l'oblitération des canaux biliaires au cas d'ictère dit catarrhal. Enfin, dans quelques cas, elle est le résultat lent et progressif d'un rétrécissement fibreux analogue au rétrécissement du canal de l'urèthre. Plusieurs de ces causes peuvent se trouver réunies chez le même sujet.

5° Les symptômes de l'appendicite, bénigne ou grave, légère ou violente, n'éclatent que lorsque la transformation en cavité close est constituée. A ce moment, les microbes normaux de l'appendice, jusque là inoffensifs, pullulent et exaltent leur virulence.

6° Dans l'appendicite ainsi constituée s'élabore un foyer d'infection, parfois terrible, dont les principaux agents microbiens sont le colibacille et le streptocoque.

7° La virulence de l'appendicite est parfois si considérable que le malade peut succomber du fait même de son appendicite infectieuse, les lésions et les symptômes de péritonite étant à peine ébauchés.

8° Dans d'autres cas, l'infection se fait de l'appendice vers le péritoine, les parois de l'appendice n'étant nullement perforées, et malgré cette absence de perforation on peut voir éclater toutes les variétés de péritonites.

9° Dans les cas considérés comme les plus classiques, les mieux connus, l'infection appendiculaire aboutit à la gangrène, à la perforation, à la péritonite.

10° C'est d'après des travaux brièvement exposés que j'ai pu édifier la théorie de l'appendicite par cavité close *chez l'homme*, théorie *confirmée chez le lapin* par les intéressantes expériences de MM. Roger et Josué.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 févr. — *P. de* M. LADREIT DE LACHARRIÈRE.

La séance est ouverte à 4 heures un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté. A l'occasion du procès-verbal, M. Duroziez demande que les communications ne soient pas livrées à l'impression sans que les auteurs aient reçu les épreuves ; il désire vivement que son travail sur les maladies du cœur ne soit pas reproduit au *Bulletin* avant qu'il ait pu corriger lui-même les épreuves.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — Lettres de MM. Paul Fabre, de Commentry, et Millot-Carpentier, de Montécouvez-Crévecœur (Nord), envoyant leur adhésion aux fêtes du Centenaire. Lettre de M. Wickham père remerciant M. Ladreit de Lacharrière du discours qu'il a prononcé à l'occasion de la mort de son fils ; il remercie également les membres de la Société des témoignages de sympathie qu'ils lui ont donnés en cette douloureuse circonstance. Lettre de M. Delmas, médecin des Thermes de Dax, demandant à être admis comme membre correspondant ; à l'appui de sa candidature M. Delmas envoie un travail manuscrit sur le traitement des affections chroniques articulaires par les applications locales de boues.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy (année 1894-1895). — Mélanges de médecine de la Faculté impériale du Japon (M Christian veut bien se charger de traduire cette brochure, écrite en allemand). — Le Centre médical et pharmaceutique. — Le Bulletin d'oculistique. — Revues et journaux habituels.

Le président félicite M. Millée à l'occasion de sa nomination au grade d'officier d'Académie.

Election. — L'élection du secrétaire général a donné les résultats suivants : sur 28 votants, majorité 15, M. Jullien est élu par 25 voix, contre 2 données à M. Guépin et 1 à M. Brossard.

M. Cazin lit son travail de candidature, sur les kystes du vagin. La Commission chargée du rapport sur le travail de M. Cazin est composée de MM. Dubuc, Polaillon et Guépin, rapporteurs. Parrains : MM. Polaillon et Tissier.

M. Brossard lit le travail de M. Delmas. La Commission chargée du rapport sur ce travail de candidature est composée de MM. de Ranse, Leudet et Censier, rapporteurs. Parrains : MM. Ladreit de Lacharrière et Brossard.

A l'occasion du traité de publicité avec le journal *La Liberté*, qui vient d'expirer, M. Ladreit de Lacharrière consulte la Société. Après une discussion à laquelle prennent part MM. Perrin, Christian, Ladreit de Lacharrière, Graux, Millée, Brossard, Dubuc, Rougon, la Société adopte en principe de continuer la publicité, et le président est autorisé à faire des démarches auprès du journal et de traiter au mieux des intérêts de la Société.

Cœur et sternum. — M. DUROZIEZ (*sera publié*).

Le reste de la séance est consacré à une discussion sur la médaille et le livret à l'occasion des fêtes du Centenaire.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

Séance du 16 octob. 1895. — *Présidence de* M. KUHFF

Lettre de candidature de M. Capdepont, parrains, MM. Rodier et Faure, rapporteur M. Richer.

M. KUHFF rapporte l'observation d'un thrombus du vagin terminé sans accident autre que de fortes douleurs avec tendance à la lypothymie.

Pas d'autre traitement qu'une injection de morphine. Pendant l'accouchement, arrêt de la descente du fœtus, qui a nécessité un forceps.

M. DESNOS décrit, d'après un travail qu'il fait paraître, la *castration double chez les prostatiques*.

Séance du 19 nov. — *Pr. de* MM. KUHFF et RICHARD.

M. SUSS expose les difficultés qu'on a parfois à se procurer du sérum antidiphtérique autrement qu'altéré.

M. KUHFF note le même fait pour le vaccin conservé parfois inactif.

M. GILLET fait observer les enfants réfractaires.

M. KUHFF relate une observation d'infection variolique après un contact très rapide.

M. SUSS lit une observation d'adénopathie trachéo-bronchique suppurée (publiée in extenso).

Rapport de M. Richer sur la candidaturo de M. Capdepont.

M. Capdepont est élu.

M. CHEVALLEREAU croit qu'il faut être modéré quand on invoque des rapports entre les maladies des dents et celles des yeux.

M. SUSS cite l'intervention intempestive d'un commissaire à la suite d'un diagnostic de tuberculose à forme typhoïde.

Séance de 17 déc. 1895. — *Présidence de* M. RICHARD

M. VIGNES offre sa Technique de l'exploration oculaire.

Election du bureau : M. Richard, président ; M. Allyre Chassevant, vice-président ; M. Richer, secrétaire-général ; M. Bretonneau, trésorier ; M. Sebillotte, secrétaire annuel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 février 1896.

Présidence de MM. THÉOPH. ANGER ET CH. MONOD.

Cystotomie sus-pubienne. — M. BAZY fait un rapport sur une observation envoyée par M. MOUGEOT (de Chaumont). Il s'agissait d'un prostatique, déjà infecté, atteint de rétention d'urine avec impossibilité de cathétérisme. La cystotomie sus-pubienne fut faite pour ainsi dire *in extremis*. Mais la mort survint dans la soirée. Elle a été la conséquence de l'empoisonnement et non de l'intervention, dit M. Mougeot. L'opération est d'une grande facilité. Je ne veux que rappeler quelques points de détail qui ont été déjà discutés à propos de la cystotomie que je préférerais appeler plus justement le méat hypogastrique.

Dans les cas d'hémorragies, la cystostomie ne sera pas toujours indiquée d'emblée. Le sang peut s'arrêter par les injections chaudes, la solution d'antipyrine ; les caillots en s'accumulant dans la vessie peuvent nécessiter la taille.

M. Mougeot a envoyé une seconde observation dans laquelle il s'agit d'hémorragie chez un vieillard de 75 ans, autrefois taillé, puis lithotomié, et atteint de calcul actuel. Il fit la cystostomie, enleva le calcul et la guérison se fit. Pour M. Mougeot c'est l'hématurie qui a été l'indication opératoire, mais elle ne prouve pas la supériorité de la taille sur la sonde à demeure puisque celle-ci n'a pas été essayée, elle peut tout au plus confirmer la bénignité de la taille.

Loin de nous la pensée de prétendre que la sonde à demeure peut suffire à tout, mais, je pense que dans nombre de cas très difficiles il ne faut pas se hâter d'intervenir par la méthode sus-pubienne.

Il en est de même dans les cas de cathétérismes difficiles, de fausses routes et où les tentatives doivent être répétées avec patience, et où la sonde à demeure réussit sans qu'il soit besoin d'inciser la vessie.

Le nombre des cathétèrismes impossibles me semble d'autant plus exagéré que la facilité et la bénignité de la taille hypogastrique entraîne certains chirurgiens à opérer trop facilement.

Le méat sus-pubien peut être indiqué dans les hémorragies, dans les cas d'infection subaiguë. Il est impuissant dans les cas d'infection suraiguë et souvent inutile dans nombre de cas de cathétérisme inutile.

M. Routier. J'ai eu l'occasion de voir un malade très difficile à soigner, et atteint de rétention d'urine et d'hémorragie. Je lui fis le méat hypogastrique et retirai un petit calcul phosphatique. La prostate faisant saillie dans la vessie, j'en réséquai un lobe. Je dus laisser les deux tubes en siphon sans refermer la paroi vésicale. La sonde à demeure ne pouvait être supportée, et actuellement le malade est guéri, se sonde une fois par jour, urine seul d'autre part et parvient ainsi à vider très suffisamment sa vessie.

M. Reynier. Le méat hypogastrique a ses indications, cela est certain: mais on ne doit y avoir recours que comme dernière ressource.

Ostéome du maxillaire inférieur. — M. Berger. Cette lésion me paraît extrêmement rare. Au musée Dupuytren il n'en existe que deux moulages, une pièce naturelle et une pièce de Leontiasis ossea. Dans les bulletins de la Société anatomique, je n'ai trouvé aucun cas; il n'y en a qu'un de Letenneur (de Nantes) dans les bulletins de la Société de chirurgie, en 1874. Si je mets en regard deux cas d'ostéome sous périosté, l'un de Trélat, l'autre de Jalaguier, je dis qu'ils doivent être différenciés. Bryant rapporte un cas d'ostéome qui, ayant ulcéré la gencive, avait été extirpé comme un cancer, et Molmez un cas qui me paraît être un Leontiasis ossea. Wolkmam en a extirpé un très beau qui est conservé, un autre se trouve dans Pitha et Billroth, enfin un dernier se trouve dans le musée de l'hôpital Augusta, à Berlin.

Mon fait a trait à une jeune femme de 19 ans, ayant toujours eu des lésions et des abcès dentaires. En 1893, elle s'aperçut d'une petite tumeur à gauche, qui fut incisée sans succès. Le volume augmenta, puis un an après la dent de sagesse apparut. On l'enleva. Les douleurs persistèrent. La suppuration était abondante. Elle entre à la Pitié. On porte le diagnostic de périostite, pourtant en palpant la joue on trouvait une dureté osseuse globuleuse, englobant toute la partie horizontale de la mâchoire. Il existait de la contraction des mâchoires. Cependant la tumeur pouvait être perçue et on voyait deux orifices suppurant avec grains jaunâtres. J'incisai la collection et fis examiner ces grains, recherchant l'actinomycose, qui ne fut pas trouvée, on s'en tint donc au diagnostic de périostite. Mais j'étais détourné par la consistance dure et je me rangeai au diagnostic d'ostéo-sarcôme. Je fis une incision sur la gencive. Le périoste se décollait facilement, il n'y avait pas d'aspérités, d'irrégularités comme dans la périostite et je m'en tins au diagnostic d'ostéo-sarcôme. Je fis une incision et attirant la tumeur, le maxillaire se fractura. Ce fait me convainquit du diagnostic d'ostéo-sarcôme. Je me décidai à enlever toute la moitié du maxillaire. La malade était guérie dix jours après.

L'examen de la pièce que je présente, révéla une tumeur qui avait tellement aminci le maxillaire que la fracture avait été presque spontanée. A la coupe on trouvait un tissu osseux, spongieux extrêmement dense. — Je n'aurais pas affirmé que c'était un ostéome, sans l'examen histologique de M. Besançon. C'est un ostéome à tissu osseux jeune. Dans les cas publiés on a presque toujours trouvé un épaisissement total du maxillaire, tandis que dans mon fait, la tumeur était isolée et, signe caractéristique, elle est constituée par du tissu jeune, différente des hyperostoses osseuses que l'on retrouve dans les cas publiés de Leontiasis ossea. Je veux insister sur la marche observée : douleurs, phénomènes inflammatoires, etc., qu'a présentée ma malade

Au point de vue du traitement, je rappelle les deux faits, l'un de Trélat, l'autre de Jalaguier. Après avoir incisé les téguments, ils ont trouvé un os hyperostosé, surmonté d'une tumeur osseuse que je considère comme résultant d'une périostose ossifiante, et il a fallu une série d'interventions pour obtenir la guérison. Aussi, comme je l'ai fait, je pense qu'il est beaucoup plus radical de faire de parti pris la résection de la moitié du maxillaire inférieur, en ayant soin d'enlever le périoste, afin d'empêcher la rétraction et l'attirance de la moitié du maxillaire qu'on a laissée.

M. Théoph. Anger. J'ai souvenance qu'il y a 20 ans j'ai eu l'occasion d'opérer une jeune femme de 24 à 27 ans, portant une tumeur de la branche horizontale du maxillaire. Les douleurs étaient intolérables. Je fis la résection de la moitié gauche du maxillaire et trouvai au centre un ostéome de deux à trois centimètres et pour ainsi dire situé dans une loge osseuse creusée au milieu du maxillaire. J'avais diagnostiqué ostéo-sarcôme, et certes, si j'avais pensé avoir affaire à une lésion de cette nature je me serais contenté d'une trépanation du maxillaire qui m'eût permis d'enlever la tumeur en laissant la mâchoire.

M. Delorme. Il faut être réservé sur l'opinion que l'on émet sur l'utilité de la prothèse immédiate.

Sur 3 cas, 2 ont eu un bon résultat immédiat mais actuellement la suppuration est rétablie et il faut attendre avant de formuler une opinion sur les résultats ultérieurs de cette prothèse.

M. Terrier. Les appareils prothétiques ne seront supportés que dans les milieux aseptiques. Du moment qu'il

y aura de la suppuration, les malades ne pourront supporter la prothèse.

Ostéomyélite chronique du tibia. — Evidement total du tibia. — Présentation du malade par M. KIRMISSON.

F. VERCHÈRE.

MEMENTO PRATIQUE

Instabilité des solutions d'iodures alcalins, par le Dr P. CARLES. — Médecins, pharmaciens et malades ont souvent constaté que certaines solutions d'iodure de potassium et, davantage encore, celles d'iodure de sodium, devenaient plus ou moins jaunes avec le temps; et nous avons maintes fois entendu les malades se plaindre qu'en cet état ces médicaments devenaient fort désagréables, qu'ils irritaient la muqueuse pharyngo-gastrique et, surtout, qu'ils laissaient à la bouche une saveur de marée tenace et nauséeuse. Bien mieux, nous pourrions citer des personnes qui, pour cette seule cause, n'ont pu continuer l'usage du médicament.

L'origine de cette teinte jaune est connue. Sous l'influence combinée de l'acide carbonique et de l'oxygène de l'air, de la lumière et de la chaleur, une partie d'iode est mise en liberté. Quoique minime, elle forme de l'iodure de potassium ioduré, dont tout le monde médical connaît l'odeur et l'action irritante. Les solutions concentrées paraissent, sur ce point, plus sensibles que celles qui sont étendues. L'action de l'oxygène semble primer celle des éléments physiques.

Mais voici qui paraît, *à priori*, bizarre. Lorsqu'on place dans des conditions identiques et parallèles des solutions iodurées de diverses marques commerciales, on constate qu'elles sont inégalement sensibles aux causes de décomposition; et lorsqu'on procède à l'analyse complète de chacune d'elles, on est assez surpris de trouver que les plus portées au jaunissement sont les plus pures et les plus neutres, celles qui proviennent de cristaux petits, translucides ; tandis que les plus résistantes sont fournies par des cristaux gros, opaques et alcalins. Cette alcalinité provient du carbonate de potasse qu'on laisse à dessein en excès dans les eaux de cristallisation des iodures. C'est elle qui sature l'iode, dans les iodures résistants, au fur et à mesure de sa mise en liberté ; et comme les proportions que les cristaux en conservent sont d'autant plus grandes qu'ils sont plus gros et plus opaques, le corps pharmaceutique a longtemps donné une préférence aveugle aux marques commerciales qui présentaient cet aspect.

Les progrès de la science ne permettent pas de continuer les mêmes errements. Le carbonate de potasse couvre plus d'une impureté dans l'analyse superficielle. Lorsqu'on fait dissoudre l'iodure carbonaté dans l'eau potable, il la trouble et précipite du carbonate de chaux; lorsqu'on ajoute ce même iodure à un sirop de fruit, à un sirop tannifère ou à tout autre renfermant du sucre inverti, il le brunit ; lorsqu'on l'associe à la solution de certains sels métalliques, tels que le bichlorure de mercure, il sépare une partie de l'oxyde métallique...; bref, l'iodure alcalinisé industriellement par le carbonate de potasse doit être rejeté et on doit lui préférer l'iodure pur ou à 98,5-99 0/0, tel qu'il est facile de s'en procurer aujourd'hui.

Mais, puisque cet iodure pur a le grave défaut de jaunir en solution et de devenir ainsi insupportable à certains malades, il y a lieu d'y remédier en lui donnant de la stabilité. L'hyposulfite de soude nous paraît, dans ce but, absolument désigné. C'est un sel neutre, sans action sur les divers médicaments auxquels on associe généralement l'iodure, sans saveur et aussi sans action nuisible, puisqu'on peut le prendre à la dose de 30 grammes à la fois, sans en éprouver d'autre inconvénient qu'une légère purgation Du reste, 2 à 5 centigrammes environ, ajoutés à une solution ordinaire de 10 grammes d'iodures de potassium ou de sodium, suffisent pour la maintenir bien longtemps incolore et sans saveur spéciale. Quant aux quelques centigrammes de sulfate particulier que forme l'iode en réagissant sur l'hyposulfite, ils ont une action physiologique fort négligeable. (*Journal de médecine* de Bordeaux).

VARIÉTÉS

La Société de médecine de Paris pendant l'année 1895

Par feu le Dr Edm. Wickham

Messieurs et chers Collègues,

Ce n'est pas sans une légitime satisfaction que les plus avisés d'entre nous voient notre vieille Société achever, pleine de prospérité, sa centième année d'existence. Il y a peu de temps encore, beaucoup étaient convaincus qu'il nous serait difficile de célébrer seuls l'anniversaire centennal de notre fondation : à une minime majorité il avait été décidé, ce dont tous sans exception nous nous réjouissons fort aujourd'hui, que la Société de médecine de Paris était en possession de ressources suffisantes, non seulement à enrayer le cours de ses inquiétantes, quoique passagères, défaillances, mais encore à reconquérir sa vitalité d'antan après avoir attiré à elle de sérieux éléments de régénération, sans toutefois modifier les exigences statutaires, en première ligne la lecture d'un mémoire inédit pour tout candidat au titulariat.

L'exposé du bilan de l'année qui vient de finir sera la meilleure réponse à ceux qui pourraient douter encore de notre complet relèvement; nos bulletins de 1895 contiennent en grand nombre des mémoires originaux et des discussions ; dix-sept travaux de candidature s'y trouvent réunis et leur haute valeur scientifique permet de bien augurer de l'excellent appui que leurs auteurs ne manqueront pas de donner au maintien de la richesse de nos ordres du jour. L'avenir a donc perdu toute raison sérieuse de nous préoccuper et nous avons le droit de préparer avec la plus complète sérénité d'esprit les fêtes de notre centenaire.

Il me semblerait faire acte d'ingratitude si je ne commençais pas le compte rendu de nos réunions de l'an dernier en appelant votre attention sur les communications, toujours cliniques et réfléchies, de notre inépuisable collègue M. *Duroziez*, *Sur la menstruation dans les maladies du cœur* tout d'abord, question éminemment pratique, mise au point par la plume magistrale de M. Duroziez. L'époque moyenne de l'apparition des premières règles et celle de la ménopause une fois bien établies, il nous a démontré, contrairement à Depaul et Guéniot, qu'un cœur lésé jetait le trouble dans les règles ; quoi d'étonnant d'ailleurs que l'o-

vaire ressente la souffrance du corps et du cœur, puisqu'il est d'évidence que l'ovaire en travail «émeut le corps entier» Le médecin ne doit donc pas omettre, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection cardiaque, de se renseigner sur l'évolution menstruelle ; le pronostic découlera de cet examen Etes-vous en présence d'une affection mitrale s'accompagnant soit de retard dans l'apparition des premières règles, soit de précocité dans la ménopause, vous devez être prudent dans la prédiction de l'avenir et redouter de graves accidents. Lorsque les lésions aortiques retentissent sur l'ovaire, elles produisent des troubles absolument opposés à ceux qui se manifestent en même temps que les lésions mitrales ; comme le fait remarquer M. Duroziez, dans ce dernier cas, la perturbation présente moins d'inconvénients, il vaut mieux pour la femme «la précocité dans l'apparition des règles et le retard dans la ménopause».

Nous retrouvons les grandes qualités de clinicien de M. Duroziez dans les réflexions qu'il nous a soumi ses sur *le souffle à double courant cardiaque, sans communication anormale*, le plus souvent mal interprété : tel le cas cité par notre collègue d'une femme récemment accouchée à qui l'allaitement avait été défendu, parce qu'on admettait des communications notables entre les deux côtés du cœur; cette femme n'avait cependant que des bruits chlorotiques. M. Duroziez en veut un peu à ceux qui commettent de pareilles erreurs d'audition ; il est regrettable en effet pour la majorité des praticiens que l'ouie de chacun d'eux n'ait pas la finesse de perception de celle de M. Duroziez et qu'en plus chacun ne sache bien interpréter ce qu'il entend?

M. *Villeprand*, l'un de nos nouveaux collègues, nous à lu quelques pages très remplies à propos des *accidents survenant au cours de l'accouchement ou dans les heures qui suivent chez les femmes enceintes atteintes de cardiopathies*. Fort heureusement l'acouchement chez les cardiaques peut se terminersans accident ; il en estsurtout ainsi lorsque, pendant la gestation, il ne s'est produit aucun phénomène inquiétant. Par contre, si une femme cardiaque et enceinte présente des troubles pendant les mois qui précèdent l'expulsion fœtale, la réapparition de ces troubles aura probablement lieu au moment du travail mais celui-ci terminé tout rentrera dans l'ordre, si bien qu'en présence de certains symptômes l'intervention devient utile. L'accouchement provoqué ou hâtif doit être conseillé, lorsque des accidents faisant craindre pour la vie se sont manifestés pendant les mois de grossesse. M. Villeprand insiste sur la gravité des troubles qui n'apparaissent que le travail fini : ils seraient dus à l'asystolie, et les observations recueillies dénotent les conséquences graves qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Notre collègue n'a pas oublié de rechercher la pathogénie de ces accidents, d'autant plus intéressante à élucider que la thérapeutique rationnelle en est en quelque sorte déduite. Suivant Berry Hart, opinion admise par M. Villeprand, le sang est chassé après la délivrance dans les sinus utérins, puis dans les veines abdominales qui se distendent et préservent le cœur droit dans lequel le sang affluerai trop brusquement, mais,si cette poussée persiste,le cœur se paralyse par surdistension de ses cavités. Cette théorie corrobore les succès de la saignée ou ceux des hémorragies *post partum* : ces dernières, d'après M. Villeprand, ne doivent être entravées que lorsque la perte de sang est jugée trop abondante au point de menacer la vie. M. Duroziez, qui avait bien voulu se charger de l'analyse critique de ces remarquables documents, combat dans un rapport, modèle d'exposition et de jugement, les idées théoriques émises par Berry-Hart sur la pathogénie des accidents de cette nature; pour lui, « ces explications sont trop fines et trop mécaniques ». La conclusion vraiment pratique à tirer de cette importante lecture c'est qu'une femme, atteinte de cardiopathie, fait œuvre de prudence et de sagesse en éloignant d'elle les chances de grossesse, surtout après une première grossesse accompagnée ou suivie d'accidents.

Le cœur a aussi inspiré un excellent mémoire de candidature à M. *Martin Durr*, ancien chef de clinique de la Faculté : *La douleur dans l'aortite chronique*. Cette affection doit être recherchée : si en présence de certains phénomènes douloureux on auscultait plus souvent la région précordiale et celles qui l'avoisinent, l'aortite chronique serait par cela même reconnue... lorsqu'elle existe, et l'on serait un peu moins ignorant de ses diverses phases symptomatiques. M. Martin Durr en décrivant avec le plus grand soin les caractères de la douleur dans cette affection de l'aorte, se trouve avoir rendu grand service aux praticiens, sans conteste pas au point de vue de la thérapeutique à suivre, puisque toutes les médications semblent impuissantes, mais au point de vue de l'établissement du diagnostic lequel, comme on sait, entraîne un pronostic constamment néfaste.

La *dilatation de l'estomac* est un état presque normal de cet organe dans une certaine classe d'individualités pathologiques, si on conclut d'après le dire du professeur Bouchard. C'est là une généralisation que ne peut admettre M. *Bouloumié*, et notre collègue appuie son dire sur plusieurs années d'examens d'estomacs faits à Vittel. Le professeur Bouchard prend-il certaines précautions contre une erreur possible, lorsqu'il pose le diagnostic d'estomac dilaté? Il est vraisemblable de répondre par la négative, un grand nombre de malades n'étant ectasiés que dans des conditions. déterminées. Quant au clapotement, il constitue un signe dont il faut limiter la valeur, d'autant que le phénomène se passe parfois dans l'intestin. Après avoir exposé ses idées sur la symptomatologie de cette affection, M. Bouloumié s'est étendu sur le traitement, chapitre plein d'aperçus nouveaux, que la Société, d'ailleurs, a écouté avec le plus grand intérêt ; la discussion qui a suivi cette communication, et à laquelle ont pris part plusieurs d'entre vous, a démontré la justesse des conclusions de M. Boulommié, tant cliniques que thérapeutiques.

Le même accueil était réservé à la présentation de plusieurs calculs biliaires, faites par notre vice-président à notre dernière séance. Vous avez encore souvenir de ses instructifs renseignements sur l'action merveilleuse des eaux de Vittel, comme moyen d'évacuation de la lithiase biliaire. La malade suivie par M. Bouloumié était, depuis plusieurs mois, sous le coup de coliques hépatiques presque sans rémission ; une saison à Vichy n'avait produit aucun effet favorable, lorsque notre collègue lui ordonna de boire quotidiennement de l'eau de Vittel ; le 11e jour, fait paraît-il constant, que M. Bouloumié a observé nombre de fois, les calculs commencèrent à être expulsés. La malade en rendit successivement quatre, à des intervalles de temps variés. En présence de cette continuité de réussite, il était instructif de savoir ce que notre collègue de Vittel pensait du traitement huileux préconisé pour la première fois il y a quelques années; la dose ingérée chaque jour est, vous ne

l'ignorez pas, de 120 grammes environ et, au dire des auteurs qui s'en montrent les partisans, les douleurs cessent rapidement; il est à remarquer cependant que l'examen des fèces a été le plus souvent négatif : M. Bouloumié est d'avis que l'huile d'olive, en présence d'un calcul engagé, permet le refoulement en arrière du corps étranger, et qu'elle n'a aucune influence sur l'élimination vraie des calculs.

Je signalerai aussi, parmi les communications sur les affections hépatiques, un travail de M. *Mouzon* sur un cas de *cirrhose atrophique* remarquable par l'obscurité des symptômes initiaux; la maladie ne s'est révélée qu'à la dernière période d'évolution de la lésion, par un œdème des membres inférieurs, puis, quelque temps après, par du météorisme abdominal et de l'ascite. Un autre de nos nouveaux collègues, M. *Audigé*, que tous nous avons été heureux, en juillet, de féliciter pour son élévation au grade de chevalier de la Légion d'honneur, nous a lu une monographie bien rédigée sur la *contagiosité des oreillons*. Pour la rougeole, l'époque de séparation utile des rubéoliques d'avec les individus sains est connue, mais, par malheur, l'hygiéniste le plus prudent arrivera toujours en retard; quel est le médecin dont les clients par exemple consentiraient à isoler celui de leurs enfants présentant un léger coryza? Pour les oreillons, il ressort de l'étude de M. Audigé qu'il en est de même que pour la rougeole, et que la contamination peut se faire bien avant l'apparition du premier symptôme indiscutable; MM. Rendu et Sevestre ont consigné des faits semblables qui, ajoutés à ceux de M. Audigé, permettent de conclure non aveuglément, au point de vue des mesures de défense à prendre. Il arrivera donc que se prémunir sera impossible; de ce fait, toute accusation de contamination voulue sera loin d'être toujours légitime.

Notre nouveau collègue, M. *Censier*, exerce la médecine à Bagnols de l'Orne, et, pour avoir le droit de briguer vos suffrages, il vous a exposé ce que la *phlébite* pouvait attendre d'une ou plusieurs cures entreprises à cette station thermale. Les eaux de cette localité agissent efficacement sur l'inflammation des veines, en amenant «la sédation et la tonicité de la circulation». Comme l'a dit, avec juste raison, l'un de nos anciens présidents, M. Leudet, le savant secrétaire général de la Société d'hydrologie, bien placé pour s'être fait une opinion sur les intérêts des stations thermales, il est très utile et très politique que chaque station se spécialise: aux yeux de bien des gens, les eaux qui guérissent beaucoup de maladies risquent fort de les guérir toutes mal.

L'observation de *névralgie sciatique* lue à cette tribune par M. *Brossard*, candidat alors au titulariat, mérite d'être consciencieusement étudiée, car elle prouve une fois de plus à mon sens qu'on ne doit se contenter que d'un diagnostic à l'abri de tout reproche. L'examen digital du vagin avait révélé l'existence d'une petite tumeur fibro-kystique, qu'on ne soupçonna que plus tard d'être la cause de douleurs devenues presque intolérables; les traitements médicaux même les moins usités avaient tous échoués. La petite tumeur fut enlevée ainsi qu'une série de filaments fibreux, source de nombreuses adhérences avec les tissus et les organes voisins; ces filaments, forcément tiraillés, auraient amené les crises douloureuses. M. Brossard s'est reproché de ne pas être intervenu plus tôt; comme l'a fait remarquer M. Polaillon, on ne doit jamais faire usage du bistouri sans indication précise et urgente.

M. *Duvernet*, membre titulaire récemment promu, s'est pour ainsi dire spécialisé l'an dernier dans l'étude de la fièvre sans état fébrile. Son travail de candidature traitait de la *fièvre nerveuse*; une femme de 58 ans, sans aucun antécédent de nervosisme, se présente à lui avec des symptômes simili-fébriles, température de 41°, 42° et même plus; le Prof[r] Potain l'examine et conclut à une dothinentérie; on la baigne, et la balnéation répétée diminue l'excitation et l'agitation. Malgré cela le thermomètre, de juillet à novembre, oscille entre 40° et 42; pendant l'hiver suivant les périodes de rémission succèdent à des périodes d'excerbation et au mois de mai l'hyperthermie disparaît sans la nervosité. En vertu de la singularité clinique du cas, la solution du problème pathogénique s'imposait; M. Duvernet, comme le rapporteur, M. Leudet, sont indécis. Tout en affirmant que la fièvre nerveuse a droit à *être* aussi bien que la fièvre hystérique, tous deux concluent que, dans la fièvre, l'hyperthermie n'est rien, c'est la cause productrice qui en fait la gravité.

La seconde variété de fièvre sans état fébrile réel, dont nous a parlé M. Duvernet, est la *fièvre des femmes enceintes*. Rien en dehors de l'hyperthermie : l'accouchement se produit, l'élévation de température cesse. Des cas semblables ont été publiés et commentés; logiquement ils entraînent une indication des plus précises : accouchement hâtif et provoqué, lorsque des phénomènes d'excitation graves s'associent à l'hyperthermie.

Les maladies du système nerveux ont tenté la plume de deux nouveaux membres titulaires, alors aspirant à faire partie de notre compagnie, M. *Moreau de Tours* et M. *Janet*, tous deux portant des noms illustres, l'un celui d'un père qui a laissé d'inoubliables souvenirs à la Salpêtrière, l'autre d'un oncle qui a brillamment occupé la chaire de philosophie en Sorbonne. M. Moreau est un écrivain de talent, doublé d'un clinicien penseur, d'où les qualités indéniables qu'on retrouve dans toutes ses publications. Les quelques pages qu'il nous a lues, contiennent un aperçu raisonné sur les *ressources de la thérapeutique et de l'hygiène en pathologie mentale*; nul plus que lui n'était désigné pour nous faire passer en revue les diverses médications employées et à employer, si différentes de celles dont on fait usage lorsqu'il s'agit d'affections médicales ordinaires; là tout se complique. Nous l'avons trouvé pourtant en contradiction d'idées avec l'un de nos aliénistes les plus distingués, M. Christian, qui ne croit pas aux bienfaits de la méthode antiphlogistique, jadis en honneur; malgré cela vous avez écouté avec intérêt ses lucides développements sur les traitements préventif et curatif, vous, l'avez approuvé sans réserve, lorsqu'il a fait le procès des mauvaises publications et qu'il en a étalé les désastreuses conséquences morales.

Le travail de M. Janet tient dans un plus petit cadre; notre collègue a fouillé, un coin de la pathologie de l'hystérie, celui qui a trait aux contractures des muscles du tronc; son travail n'est pas de science pure, mais présente un côté pratique qui ne pouvait vous déplaire. Si l'attention n'est pas en éveil, on confond les contractures des muscles du tronc avec des affections thoraciques ou abdominales, mais on les différencie en ce qu'elles s'accompagnent d'hyperesthésie ou d'anesthésie localisées, symptômes d'importance capitale. Les spasmes des muscles surviennent chez les hystériques à l'occasion d'une émotion qui persiste. Pourquoi persiste-t-elle? Suivant M. Janet, pour

l'expliquer il faudrait s'engager dans l'étude complète de la suggestibilité et du dédoublement de la conscience chez les hystériques. Les spasmes sont parfois douloureux et la meilleure médication consiste dans le massage en état hypnotique; le traitement pour ainsi dire moral est de premier ordre, puisque c'est l'émotion persistante qui empêche en grande partie la disparition de la contracture; il faut détruire l'idée fixe, susceptible de reproduire toujours le même accident.

Les dangers ou plutôt les inconvénients de l'antipyrine: éruptions, maux d'estomac, tendance à l'anurie, etc., médicament cependant très utile, puisque l'indication de son usage est fréquente, ont lancé les chimistes un peu chercheurs à la recherche de substances similaires mais moins nuisibles. La phénacétine et d'autres composés de la même série sont dus à ces esprits toujours à l'affût; un des derniers découverts est la *lactophénine*, dont les louanges nous ont été chantées par M. *Landowski:* avec ce médicament pas d'accidents à craindre, parfois un état de somnolence, effet qui ne peut qu'en faire recommander l'emploi.

La sérumthérapie dans le *traitement de la diphtérie* a soulevé des discussions dans toutes les sociétés savantes; aujourd'hui elle a pour ainsi dire conquis des droits qui la mettent à l'abri de toute attaque, puisque MM. Roux et Behring ont été couronnés par l'Académie des sciences pour avoir découvert une «méthode de traitement guérissant sûrement la diphtérie.» La statistique publiée récemment par M. Henri Monod, éminent directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur, n'est-elle pas d'ailleurs la confirmation de cette sentence? Nous nous trouvons donc en présence d'un traitement officiel; souhaitons que ce qualificatif ne nuise pas à son avenir et que les statistiques futures soient toujours semblables à celle de M. Henri Monod. Vous avez été l'une des premières sociétés françaises à vous occuper de la sérumthérapie et de la persistance du bacille de Lœffler dans les fosses nasales et dans l'arrière gorge. A juste titre, les hygiénistes américains depuis assez longtemps avaient profité de semblables données scientifiques pour en tirer des mesures pratiques, ayant pour but de diminuer dans la sphère du possible la propagation de la diphtérie; c'est ainsi qu'en 1894, le New-York Medical Record publiait un mémoire très important sur ce sujet et de plus une table relevant les cas de fausses membranes examinées au laboratoire officiel spécial de New-York; de cette façon; on pouvait se rendre compte d'une part de la fréquence du bacille de Læfler par rapport à celle du streptocoque, d'autre part, de la virulence prolongée du mucus naso-pharyngé chez les diphtéritiques cliniquement guéris. Ces découvertes bactériologiques nous on valu deux observations favorables de notre archiviste M. Pellier et deux savants mémoires, qui se complètent l'un par l'autre, de MM. *Ladreit de Lacharrière* et *Martha*. Notre très actif président, que nous ne saurions trop remercier pour le zèle et l'intelligence qu'il déploie dans l'organisation des fêtes de notre centenaire, a terminé l'exposé de ses recherches personnelles en vous demandant de voter un projet de requête au Conseil municipal de Paris, pour la création d'un laboratoire gratuit pour les examens de produits diphtéritiques. A la suite de nombreuses démarches et de nombreux retards, le laboratoire, doté par la Ville de Paris d'une somme de 10,000 francs et dirigé par M. Miquel, le distingué bactériologiste de l'observatoire de Montsouris, a été ouvert au mois de juin dans la caserne Lobau et fonctionne depuis avec la plus grande régularité ainsi qu'avec le plus grand succès. C'est grâce à votre initiative et surtout grâce à votre persévérance que les Parisiens possèdent un laboratoire officiel d'examen; nous pouvons le dire très haut. Nous avons aussi le droit de nous enorgueillir de cette nouvelle organisation, qui, fonctionnant adroitement, devrait, relativement en peu d'années, amener la disparition presque complète du bacille de Lœffler, puisqu'avec les ensemencements et les inoculations à des cobayes il est possible de ne remettre dans des milieux sains que les sujets absolument indemnes du moindre agent virulent.

Les maladies abdomino-génitales de la femme ont rempli plusieurs de nos séances, en particulier la première de décembre où vous avez discuté le rapport de M. Doléris, sur le concours du prix Duparcque; admettant les conclusions de votre éminent collègue, vous avez proclamé lauréat M. Cazin, chef de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, esprit des plus distingués, dont le travail sur les sarcomes déciduaux fera époque dans l'étude des tumeurs de l'utérus.

En effet, si leur existence n'est pas d'hier, la révélation de leur existence est de date récente, M. Cazin nous a bien montré non seulement par coupes microscopiques, mais par ses descriptions et ses commentaires que l'évolution de ces tumeurs se faisait aux dépens du placenta, et par suite nous avons bien saisi l'enchaînement des symptômes au moyen desquels on a des chances de les reconnaître; malheureusement la mort est la terminaison fatale et le diagnostic même hâtif n'a aucune valeur au point de vue thérapeutique. Vous avez été heureux que les circonstances vous autorisent à récompenser libéralement le mémoire de M. Cazin, et c'est avec la plus grande joie que vous lui avez voté la remise d'une somme de 1500 francs, due à des économies que la Société espère n'être plus dans l'obligation de faire à l'avenir.

Le travail de M. Jayle, comme l'a dit le rapporteur, pêchait par le défaut d'originalté; l'état des femmes après la castration a été déjà souvent étudié; mais il est juste de faire remarquer que les monographies parues jusqu'ici sont loin d'être le fruit d'un labeur aussi prolongé. M. Jayle n'a voulu établir ses conclusions qu'après avoir examiné avec soin des observations éparses et contrôlé les faits par lui-même.

Il y a quelques années, les chirurgiens ont abusé de la castration puisqu'ils intervenaient souvent sans avoir essayé des moyens thérapeutiques, moins radicaux; ils se sont trouvés favoriser les recherches de ceux qui voulaient grouper les résultats éloignés des ablations annexes.

Telle n'est plus la conduite adoptée aujourd'hui par la majorité des chirurgiens, en particulier par notre collègue, M. Polaillon, dont chacun de nous connaît l'habileté et la prudence opératoires: à l'une de nos séances, il vous montrait des ovaires et des trompes récemment enlevés, plaidant, par suite de l'état avancé des lésions contre la non-intervention; leur volume n'était cependant pas considérables, mais les phénomènes douloureux et parfois fébriles, associés à l'examen digital, décidèrent l'opération. M. Polaillon a voulu répondre par cette présentation aux praticiens, comme notre aimable collègue Duroziez, adversaires

acharnés et trop exclusifs. C'est que, pour M. Duroziez comme pour bien d'autres, « l'ovaire est le cerveau de la femme » qu'il n'est pas indifférent d'enlever un organe aussi utile, et que la facilité avec laquelle beaucoup de chirurgiens s'y résolvent est incompréhensible : cette manière d'agir dénote chez ces derniers, une ignorance marquée de la physiologie la plus élémentaire.

Quelques mois auparavant, M. Polaillon nous avait résumé l'histoire d'une femme qui venait de subir sa troisième opération en dix ans. Première opération, ablation de l'ovaire droit avec pédicule extérieur; un mois et demi après, tiraillements douloureux, légère éventration, nouvelle intervention sans aucune amélioration consécutive ; troisième opération faite par M. Polaillon deux années après : pédicule et adhérences du côté droit enlevés en même temps que l'ovaire gauche légèrement kystique ; enfin le corps de l'utérus subit le même sort et le col est évidé puis recouvert par le péritoine suturé; les douleurs ont disparu. Cette observation prouve que la première opération avait été incomplète, au grand détriment du bien-être de la malade, et qu'on ne doit se résoudre aux interventions limitées que dans de rares exceptions ; souvent alors l'abstention est préférable.

Ce qui tente, il est vrai, c'est la facilité relative avec laquelle un médecin quelconque se croit habile opérateur ; les pinces de Péan et l'antisepsie ont mis le couteau à la main de bien des praticiens, qui, sans ces précieuses mais dangereuses innovations, auraient souvent recherché la guérison de leur malades par des moyens moins sévères. Tous, en effet, n'ont pas l'habileté et l'expérience de notre éloquent collègue Richelot, qui manie la parole avec autant d'élégance que le bistouri; je n'en veux pour preuve que sa très intéressante description d'un procédé définitif d'hystérectomie ; avec l'aide de figures, nous avons parfaitement suivi M. Richelot, et la facilité d'exécution de la méthode nous a semblé réelle. Trop simplifiée d'après M. Doléris, qui reproche à M. Richelot de ne pas suturer le fond du vagin pour prévenir plus sûrement l'infection, et de se contenter d'une seule pince au niveau de chaque ligament large, pour prévenir toute hémorragie. Tout cela est superflu, dit M. Richelot; l'avenir en décidera, et j'ai confiance.

M. Doléris, d'ailleurs, ce dont on ne saurait le blâmer, s'est fait le champion, en cette dernière circonstance, de la prudence et de la sagesse. Il en a été de même lorsqu'il nous a montré l'avantage de prolonger le lavage vaginal chez les accouchées; les faits sont là, il les a observés, recueillis, médités, et il nous a fait de plus passer sous les yeux une série de documents, preuve convaincante du peu d'ennuis causés aux malades comparativement aux accidents graves qu'elles évitent.

Les maladies des organes génito-urinaires n'ont pas été oubliées l'an dernier : nous comptons dans nos rangs plusieurs spécialistes travailleurs, qui savent généralement choisir dans leurs observations celles susceptibles de retenir l'attention de la majorité d'entre nous. M. Desnos nous a fait le parallèle entre la taille et la lithotritie ; grâce aux nombreux malades qu'il a été à même de suivre, son opinion se trouve avoir une valeur pratique sérieuse.

Lorsqu'il s'agit de calculs, étant donnés les divers instruments mis à la disposition des chirurgiens et grâce aux antiseptiques, qui là comme ailleurs, peut-être plus qu'ailleurs, ont absolument transformé les risques opératoires, la lithotritie se trouve indiquée, même si les calculs sont volumineux et durs. Lorsqu'il y a infection légère ou cystite rapidement curables, le broiement avec le lithotriteur doit être tenté ; la guérison est presque certaine.

Où la taille est l'opération de choix, c'est lorsqu'il y a infection véritable ou qu'une cystite aiguë s'est déclarée ; la vessie, de cette façon, est maintenue ouverte pendant quelque temps, la muqueuse vésicale peut recevoir des applications directes de médicaments. La cystotomie est véritablement héroïque, cas sur lequel insiste beaucoup M. Desnos, lorsque le malade à opérer est porteur d'une prostate volumineuse et qu'il a été opéré déjà pour des calculs de nature phosphatique : la vessie incisée, il est relativement facile au chirurgien d'exciser la portion de la prostate qui augmentait la profondeur du bas-fond et empêchait l'expulsion de petits calculs phosphatiques venant des reins : la barrière prostatique supprimée, la vessie ne garde plus rien dans sa cavité. Tel un opéré de M. Desnos, qui, après plusieurs lithotrities, a été été cystotomisé, puis se maintient guéri depuis plusieurs années.

Evidemment notre collègue conseille de préférence la lithotritie; cette manière de voir demanderait peut-être ; selon moi, à ne pas être généralisée. Le chirurgien le plus habile dans son art sera, sans qu'on doive s'en étonner, malhabile, le lithotriteur en mains ; il en est du broiement comme de la cataracte et de la trachéotomie, l'adresse ne suffit pas, l'habitude est nécessaire ; c'est pourquoi la taille est l'opération indiquée, lorsque l'opérateur, quoique habile chirurgien, n'a pas eu l'occasion de faire souvent usage du lithotriteur.

Notre nouveau collègue, *M. de Grandcourt*, est parti en guerre dans son mémoire de candidature contre ceux qui abusent de la *taille sus-pubienne chez les prostatiques*. Ce reproche ne saurait s'adresser à l'Ecole de Necker, mais à l'Ecole de Lyon; cette dernière, représentée surtout par Poncet, a une tendance à pratiquer l'ouverture de la vessie avec un emballement semblable à celui avec lequel, il y a quelques années, on pratiquait l'opération de Battey, à propos de la moindre douleur latéro-utérine. M. de Grandcourt, selon nous, et en cela nous ne faisons que nous associer au rapporteur, M. Desnos, est trop restrictif. Il y a assurément des cas où M. de Grandcourt conseille le cathétérisme et où, selon nous, cette façon de procéder produirait presque sûrement d'irrémédiables désastres, à tel point que nous sommes convaincus du changement de conduite de notre collègue dans quelques années, quand il se sera trouvé plusieurs fois aux prises avec certaines réalités et que sa méthode lui aura causé plus de déceptions que de succès ; les pyélo-néphrites suraiguës à marche rapide, suite de cathétérisme même antiseptique, sont des accidents très susceptibles de se produire et l'enrayement en est fort difficile. Devons-nous faire un reproche à M. de Grandcourt de ne pas avoir suffisamment approuvé, chemin faisant, les nouvelles théories qui ont cours dans certains milieux chirurgicaux, sur les moyens de faire rétrocéder les augmentations de volume de la prostate? Je ne le crois pas, toutes ces expériences étant relativement de date récente; nous voulons parler soit de la castration, soit plutôt de la ligature des canaux déférents; ce dernier procédé, si les succès obtenus déjà se confirmaient, constituerait un véritable progrès thérapeutique, devant être rangé, selon nous, vu la fréquence de l'hypertrophie prostatique après 50 ans, parmi

les méthodes inoffensives ayant pour but la prolongation de la vie humaine.

M. Dubuc a sollicité votre avis sur la cause d'une mort subite survenue chez un de ses clients porteur d'un carcinôme prostatique, affection qui ne pardonne pas et qui ainsi que le prouve le Prof[r] Guyon, envahit tout le plancher pelvien ; l'École de Necker décrit d'ailleurs le cancer de la prostate sous le nom plus descriptif de carcinose prostato-pelvienne. Quoi qu'il en soit, l'urémie a dû être laissée de côté, malgré les observations présentées par l'un de vous et a majorité s'est ralliée à l'opinion de M. Dubuc qui attribuait à un volumineux caillot, parti des tissus dégénérés de la prostate et précipité dans les tissus veineux béants situés autour de la glande, la mort de son malade.

Notre collègue ne semble pas très partisan de l'usage de la bicyclette; plusieurs de ses clients, anciens urinaires, ayant vu le réveil de leurs affections à peu près disparues consécutivement à des excursions à bicyclette, M. Dubuc en conclut que cet instrument impressionne fâcheusement les organes génito-urinaires. Il est incontestable que la station et les mouvements exigés par la bicyclette sont détestables pour certains individus prédisposés du fait de leurs antécédents, mais les indemnes n'ont à redouter aucun mauvais effet. Ce qui est vrai d'ailleurs pour la bicyclette l'est aussi pour tous les sports : lorsque certains organes sont de moindre résistance que normalement, tout sport entraînant leur fonctionnement suivi doit être déconseillé.

Notre archiviste, M. Pellier, que nous ne saurions trop remercier de la patience et du zèle dont il fait montre dans ses poudreuses fonctions, nous a relaté l'histoire d'un enfant de deux ans, qui a été pris d'obstruction urétrale suivie d'infiltration urinaire, sans que la pathogénie en ait été absolument éclaircie; des incisions péniennes et périnéales faites à temps ont assuré la guérison; une inflammation d'une des glandes de Cowper a pu seule être incriminée, mais ce n'est que par exclusion que le diagnostic causal a été plutôt soupçonné qu'établi.

M. *Guépin*, l'un des nouveaux membres titulaires, dont nous avions pu depuis longtemps à apprécier les grandes qualités de travail et de science grâce à notre regretté collègue Reliquet, s'est élevé avec raison, dans son travail de candidature, contre l'emploi d'un mode opératoire des complications périnales du rétrécissement de l'urètre qui, nous devons l'avouer, nous était presque inconnu auparavant : l'excision des indurations du périné, accompagnant les retrécissements de l'urètre, remettant à une époque plus éloignée le traitement de la stricture. Ayant été à deux reprise différentes l'interne d'Horteloup, lequel, vous le savez, a été le vulgarisateur des résections périnéales et uréthrales adoptées aujourd'hui par l'Ecole de Neckeri nous avons assisté à un grand nombre d'interventions similaires et nous sommes persuadés que lorsqu'on a pour ainsi dire sculpté l'urètre, c'est-à-dire qu'on l'a débarrassé de toutes les indurations qui l'entourent, le compriment et par suite en diminuent la lumière, il est indispensable de s'assurer du calibre du canal et de le rétablir sans plus tarder s'il n'est pas normal; nous ne concevons pas l'utilité de cette opération en deux temps, à séances éloignées l'une de l'autre.

Rappelons aussi les intéressantes réflexions inspirées à M. Guépin par les pseudo-cystites : on constate tous les symptômes fonctionnels de l'inflammation vésicale; mais l'examen au cystoscope lève tous les doutes. Toutes les maladies des organes génito-urinaires, n'intéressant pas la vessie, bien entendu, donnent lieu, dans certains cas, à cet ensemble symptomatique, qu'il est important de ne pas ignorer pour éviter des erreurs de conclusions, qui entraîneraient une mauvaise thérapeutique.

M. Duroziez a suscité une discussion chirurgicale très instructive sur le traitement opératoire de la fracture de la rotule. Le malade qui faisait le sujet de son observation, peu de temps après l'accident, avait été opéré par un chirurgien des hôpitaux de Paris qui, après avoir ouvert le genou, avait enlevé deux petits fragments osseux, puis avait suturé les deux parties restantes ; les suites ont été des plus heureuses, mais le triceps de la cuisse s'est fortement atrophié. Ce trouble trophique, suivant M. Polaillon, est la cause véritable de la difficulté de la marche qui suit les fractures de la rotule ; c'est pourquoi, dans une certaine limite, la suture est une sage intervention, puisqu'elle permet au malade de se servir plus tôt de sa jambe. Malgré cela, le chirurgien doit être réservé et se contenter de la pose d'un appareil; avec le pansement le plus antiseptique ou aseptique, des accidents de haute gravité ne sont pas impossibles, il vaut donc mieux retarder l'époque de la première marche et ne pas risquer l'existence du blessé par une opération rarement indispensable.

Le chirurgien a le droit d'être plus hardi en présence d'une fracture de la clavicule, et, lorsqu'il s'agit d'une femme, le maintien de la configuration normale de la base du cou peut décider la suture, surtout si avec les appareils appropriés on n'obtient pas une bonne coaptation. M. Polaillon nous a fait voir une malade à laquelle il avait rétabli, par la suture, la continuité exacte de la clavicule et le résultat obtenu était encourageant ; le cal une fois résorbé, il est vraisemblable de croire que la fracture ne donnera pas lieu à une déformation visible.

Les furoncles ont la réputation de ne pas aimer la solitude ; le plus souvent, ils se succèdent, ce qui, d'après M. *de Crésantignes*, est évité si l'on prend les précautions de pansements qu'il recommande depuis longtemps. Les streptocoques ne sont pas, comme certains auteurs le croient, à l'état inactif et constant dans nos follicules pilo-sébacées ; ils s'inoculent venant du dehors, l'organisme étant disposé à leur servir de bouillon de culture. Il s'ensuit qu'en isolant le premier furoncle, on a les plus grandes chances que de nouveaux follicules ne soient pas infectés. Le pansement humide étant préférable avec le stérésol ou le traumatol, on vernit tous les deux ou trois jours une zone périphérique plus ou moins étendue. Les observations publiées par M. Crésantignes démontrent que cela suffit; évidemment, l'organisme n'en devra pas moins être modifié et une thérapeutique appropriée devra être prescrite avec soin.

Les maladies des organes des sens, yeux, oreilles, larynx ont fait le sujet d'importantes communications, M. Trousseau, comme chaque année, n'a pas manqué à l'appel ; ses appréciations et ses conseils sur l'éclairage artificiel ont capté notre attention, d'autant que tous les praticiens, ceux surtout attachés à des établissements scolaires ou industriels, peuvent être appelés à donner leur avis sur le moyen le plus hygiénique d'éclairer des salles.

Plus le foyer lumineux est intense, mieux cela est, à la condition que les rayons émis n'impressionnent pas directement la rétine, mais y arrivent diffus. L'électricité est

mise en première ligne, puis le pétrole avant l'huile et la bougie, le gaz occupe la dernière place, lorsqu'on cherche à ranger par ordre de nocuité les diverses variétés de lumières. L'éclairage pour ainsi dire idéal d'une pièce se trouve réalisé par l'installation d'un gros foyer électrique au-dessous duquel on dispose un écran en forme de coupe, les rayons sont envoyés au plafond concave en sens inverse de l'écran puis s'y réfléchissent pour se diffuser.

Deux de nos nouveaux collègues, MM. *Chevallereau* et *Millée* ont étudié dans leurs travaux de candidature les kératites syphilitiques, mais l'un a étudié les lésions de la cornée survenant dans le cours de la syphilis, l'autre la kératite hérédo-syphilitique. Ces deux variétés sont absolument dissemblables, tant au point de vue clinique qu'au point de vue thérapeutique; la kératite qu'on observe dans la syphilis aiguë disparaît rapidement sous l'influence du traitement mercuriel bien dirigé, l'autre au contraire est rebelle aux médicaments antisyphilitiques habituels.

En outre de son mémoire de candidature, M. Millée nous a démontré, avec preuves à l'appui, que la chromhydrose localisée des paupières disparaissait rapidement sous l'influence de lotions antiseptiques; cette maladie ne serait elle donc pas, comme le disait Parrot, sous la dépendance d'une affection nerveuse dont elle serait à l'occasion l'unique ou la première manifestation?

Les écoulements persistants de l'oreille donnent parfois lieu à des complications graves; il est donc prudent, en présence d'otorrhées, de soumettre le ou les conduits auditifs à l'examen au spéculum. Ainsi que cela s'est produit pour une petite malade de notre président, M. Ladreit de Lacharrière, atteinte d'ostéite du rocher non diagnostiquée, une méningite généralisée s'est développée entraînant la mort. Cette terminaison funeste aurait été évitée, si l'opération de Stocke avait été pratiquée en temps voulu. Cette opération, usitée depuis peu d'années, donne d'excellents résultats et, suivant M. *Castex*, a sûrement sauvé la vie à bien des malades qui auraient succombé par suite de propagation de l'inflammation au cerveau.

Les tumeurs du naso-pharynx sont habituellement divisées en bénignes et malignes; M. Castex pense qu'il y aurait opportunité à les ranger en deux classes, les tumeurs fréquentes et les tumeurs rares. Il nous a fait l'histoire de trois variétés de tumeurs rares de l'arrière-cavité et des fosses nasales, tant au point de vue symptomatologique qu'anatomopathologique; les coupes histologiques reproduites avec une grande netteté de contours et un grand luxe de couleurs qu'il nous a fait passer sous les yeux ont heureusement complété sa description. Je rappelle aussi à votre souvenir la présentation d'une pièce très concluante quant à ce qui regarde la nécessité de la rhinoscopie postérieure pour le diagnostic des végétations adénoïdes et l'utilité du raclage ou de l'extirpation récemment niée par des chirurgiens, dont M. Castex ne saurait trop blâmer l'abstention.

A la dernière séance de décembre, M. Castex nous a présenté deux malades de sa clinique, l'une atteinte de tuberculose du larynx associée à la syphilis, l'autre de vertige laryngé, affection décrite pour la première fois en 1876, par le professeur Charcot, et distincte des crises de l'ataxie locomotrice et de l'épilepsie à début laryngé.

Les tuberculoses du larynx, greffées sur d'autres lésions, sont importantes à diagnostiquer, parce que une thérapeutique spéciale en découle et que l'ignorance de l'association ferait échouer les tentatives faites pour l'amélioration et la guérison.

J'en aurai fini, Messieurs, avec l'analyse de vos travaux, lorsque je vous aurai engagé à relire le mémoire très complet de M. Ladreit de Lacharrière sur le bromure d'éthyle. Notre sympathique président ne s'est pas contenté d'indiquer la façon de faire respirer le bromure d'éthyle et ce qui se passe avant, pendant et après l'anesthésie; il a fait œuvre de chimiste en décrivant les qualités de ce liquide et ses diverses réactions. Jusqu'à présent, M. Ladreit de Lacharrière a pratiqué 700 anesthésies sans le moindre accident; c'est là un aveu qui désarmerait les moins confiants; malheureusement le bromure d'éthyle n'est pas un succédané du chloroforme; il ne peut être employé que dans les interventions de très courte durée.

Mes appréciations du début, comme vous en avez maintenant la preuve, messieurs et chers collègue, n'étaient pas au dessus de la vérité, nos Bulletins de 1895 contiennent une série de mémoires que l'on consultera avec profit et qu'on relira toujours avec plaisir. On ne trouvera pas de plus dans nos procès-verbaux trace de regrets exprimés; nous n'avons eu à déplorer la perte d'aucun membre soit titulaire, soit honoraire, par contre je vous rappellerai les noms de nos dix-sept nouveaux collègues, membres titulaires, avec le regret de ne pouvoir résumer le passé de chacun d'eux, justement enviable à des titres divers MM. Audigé, Castex, Chevallereau, Censier, de Crésantignes, Brossard, Guépin, de Grandcourt, Janet, Duvernet, Landowski, Martha, Martin Durr, Mouzon, Millée, Moreau de Tours et Villefrand; je leur souhaite longue vie pour le bien de la Société, persuadé qu'ils mettront toujours en pratique l'aphorisme reproduit sur notre médaille du centenaire, le progrès dans la médecine par le progrès dans la science, et qu'ils contribueront par cela même à maintenir intactes nos traditions d'honnêteté et de travail demain séculaires. Sur la liste des membres correspondants vous avez inscrit MM. Delavarenne (de Luchon) Boursier (de Contrexéville), Samuel Gache (de Buenos-Ayres); souhaitons que, pendant leur séjour à Paris, nos collègue se souviennent de nos réunions; et qu'ils soient assurés que notre tribune leur est largement ouverte et que leurs travaux seront toujours bien accueillis.

Et maintenant, messieurs et chers collègues unissons tous nos efforts pour donner le plus grand éclat aux fêtes de notre centenaire. Vous avez nommé des commissaires chargés de préparer et de régler de magnifiques réunions, cela est vrai, mais il faut que chacun de nous travaille à ce que le banquet du 22 mars, auquel vous convierez les représentants des diverses sociétés de médecine, soit le point de départ d'une ère de très grande prospérité pour la Société de médecine de Paris, dont les cent premières années d'existence se trouvent justement qualifiées par ces trois mots : indépendance, honneur, travail.

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Par décret, en date du 5 février 1896, ont été nommés.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Bizardel, Clavel et Bonain; MM. les

médecins de deuxième classe de la marine Avrilleaud et Le Marchadourt.

Distinctions universitaires. — OFFICIERS DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. Sont nommés : MM. les Dr Archambaud, Hudelo, Maranger, Sollier, Touchard, à Paris ; Souplet à Nogent-le-Rotrou.

OFFICIERS D'ACADÉMIE. — Sont nommés : MM. les Drs Ardouin, Fraysse, Lemoult, Millée, Robbin, Savoire, Siffre, Toulouse, Vilain, à Paris ; Laurent à la Rochelle ; Leroux, à Périers (Manche) ; Péringuey, à Bordeaux ; Robin, à Loudéac (Côtes-du-Nord) ; Thuau, à Beaugé.

Hôpitaux de Paris. — CONCOURS POUR TROIS PLACES DE MÉDECIN. Le Jury est ainsi provisoirement composé ; MM. Cornil, Potain, Josias, Raymond, Mauriac, Giraudeau, Kirmisson.

MUTATIONS DANS LES SERVICES DE CHIRURGIE. — En raison du décès de M. Prengrueber, la Société des chirurgiens des hôpitaux a décidé les mutations suivantes : M. Bazy va de Bicêtre à Tenon ; M. Chaput, chirurgien des hôpitaux, devient chirurgien chef de service à l'hospice de Bicêtre.

Un médecin amiral. — Par décrets, en date du 3 février 1896 : 1° sont rétablis le titre et le grade d'inspecteur général du service de santé de la marine ; 2° M. le Dr Cunéo, directeur du service de santé de première classe, président du conseil supérieur de santé de la marine, est promu au grade d'inspecteur, ce qui correspond au grade de contre amiral.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 5 février 1896, est promu dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de première classe, — M. le Dr Audiat, médecin de deuxième classe.

Madagascar. — Voici la liste des médecins militaires maintenus à Madagascar.

Direction de Tananarive : Fluteau, médecin principal, directeur ; Beigneux, médecin-major ; Gendronneau, officier d'administration.

Hôpitaux à Tananarive : Bourdon, Fabre, Kaufmann, Prieur, médecin-major ; Michel, médecin de 1re classe de la marine ; Benoît, Chabrut, aides-majors ; Pauleau, Nauta pharmaciens ; Provent, Desselle, Labère, Savoie, officiers d'administration.

Hôpital à Majunga : Grosse, médecin chef ; Malinas, Bischoff, Lejeune, Ferrand, Vieille, Cros, médecins ; Jegou, Courtor, pharmaciens ; Guyon, Loyer, Chiappe, Durand, officiers d'administration ; Peseur de médicaments à Tamatave : Destrem, officier d'administration ; corps de troupes Bechard. Pichou, médecins ; 2e bataillon du régimont d'Algérie ; Delahousse, Pouy, 3e bataillon d'Algérie ; médecins de la marine : Martel, Fortoul, Duguet, 13e de marine ; Feraud, Rigault, Casanova, Audiat, Millon, Micholet, régiment colonial.

La vente des sérums. — En exécution de la loi du 25 avril 1895, relative à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues, et après l'avis du comité consultatif d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine, ce décret a été promulgué mardi au *Journal officiel*.

Article 1er. — La préparation des virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées ou produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses, et des substances injectables d'origine organique appliquées au traitement des affections aiguës ou chroniques, est autorisée dans les établissements et suivant les conditions ci-après déterminés :

1° Institut Pasteur de Paris : sérum antidiphtérique, sérum antivenimeux ;

2° Institut Pasteur de Lille, dirigé par M. Calmettes ; sérum antidiphtérique, sérum antivenimeux ;

3° Laboratoire du Havre, dirigé par M. Dumont ; sérum antidiphtérique ;

4° Laboratoire de Nancy, dirigé par M. Macé : sérum antidiphtérique ;

5° Laboratoire de Lyon, dirigé par M. Arloing : sérum antiphtérique ;

6° Laboratoire de Grenoble, dirigé par MM. Berlioz et Jourdan : sérum antidiphtérique ;

7° Laboratoire de MM. Egasse et Bouyé, rue des Fossés-Saint-Jacques, 19, à Paris : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Séquard ;

8° Laboratoire de M. Bazin, cours Victor-Hugo, 9, à Bordeaux : extraits organiques préparés selon la méthode de Brown-Séquard.

Art. 2. — Ces produits pourront être débités à titre gratuit ou onéreux. L'autorisation dont ils sont l'objet est temporaire et révocable ; ils sont soumis à l'inspection prescrite par la loi.

Cours pratique d'ophtalmologie. — Le Dr Rochon-Duvigneaud commencera le 14 février, à 5 heures du soir, à l'hôpital Lariboisière, un cours d'ophtalmologie comprenant : Etude pratique de la réfraction : Ophtalmoscopie clinique ; Exercices de chirurgie oculaire. — S'inscrire d'avance à Lariboisière, tous les matins.

Nécrologie. — Le Dr HALBRON, médecin major de 1re classe en retraite, décédé à Paris le 30 janvier à l'âge de 66 ans. — Le Dr TEINTURIER, médecin-major de 2e classe, à Nancy. — Le Dr G. PASQUIER, d'Evreux, président de la Société de médecine de l'Eure, décédé à l'âge de 50 ans. — Le Dr ROSSI, médecin aide-major de 1re classe, retour de Madagascar. — Le Dr SALAUN, médecin de 1re classe de la marine.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

VIN AROUD (viande et quina). — **Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des intestincs.**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris — Imp. Alcan-Lévy, 24 rue Chauchat